Rok XLVI. Kraków, dnia 27. lipca 1907. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

(Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy).

Nie omawiając tu tak zwanych formuł leukocytowych, które daje badanie krwi, a które stanowią tak zwaną cytodyagnostykę krwi, zatrzymam się tylko na badaniu składu morfologicznego rozmaitych płynów, nagromadzających się w jamach ustroju. Zaczęte jeszcze przez Ehrlicha, Quincka, Grawitza, prof. Korczyńskiego z Wernickim i Winiarskiego badania te uczyniły znaczny krok naprzód od tego czasu, gdy Widal i Ravaut zwrócili uwagę na istnienie związku między składem morfologicznym wysięków i ich pochodzeniem. Badania tych autorów dotyczyły przeważnie wysiękowych zapaleń opłucnej.

Według spotykanych pierwiastków morfologicznych Widal i Ravaut podzielili te wysięki na trzy gromady. Do pierwszej zaliczyli t. zw. pierwotne, z zaziębienia (a frigore) powstające zapalenie opłucnej, które Landouzy uznaje prawie zawsze za gruźlicze. Dla tych wysięków Widal i Ravaut uznali za znamienną przewagę limfocytów i obfitość krwinek czerwonych; leukocyty wielojądrzaste nieraz nawet w znacznej liczbie zjawiają się, zdaniem Widala i Ravauta, dopiero w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc, powikłanej wtórnem zapaleniem opłucnej. Przeciwnie dla zapaleń opłucnej, wywołanych przez paciorkowce, gronkowce i dwoinki zapalenia płuc, cechująca, według Widala i Ravauta, jest przewaga leukocytów wielojądrzastych przy nieznacznej liczbie krwinek czerwonych, komórek śródbłonkowych i limfocytów; wreszcie dla przesięków, które Widal i Ravaut nazywają mechanicznemi zapaleniami opłucnej, prawie swoiście znamienną jest znaczna ilość komórek śródbłonkowych, nieraz w postaci dużych płatów. Praca Widala i Ravauta wzbudziła ogromne zajęcie; wielu badaczy dokładnie ją sprawdzało, przyczem badano skład morfologiczny nietylko wysięków opłucnych, lecz i innych płynów, gromadzących się w jamach, mianowicie wysięków i przesięków z jamy otrzewnej, z worka osierdziowego, ze stawu kolanowego, z kanału kręgowego i t. d. (Dopter i Tanton, Grenet i Vitry, Tuffier i Millian i inni). Wystarczy zaznaczyć, że do roku 1902, więc prawie za 2 lata, Descos naliczył w piśmiennictwie 111 prac, poświęconych omawianej sprawie. Tak te badania kliniczne, jak i prace doświadczalne Widala i Ravauta, Courmonta i Arloinga i innych dowiodły, że limfocytoza istotnie jest zjawiskiem, towarzyszącem zazwyczaj gruźliczym wysiękom opłucnym, lecz nie jest dla nich znamienną, ponieważ przewaga limfocytów nad innymi gatunkami komórek występuje nieraz w wysiękach nie gruźliczych (Barjon i Cade, Czerno-Szwarc, Bronsztein, Stasiewicz, Winiarski, Lewkowicz, van der Meer i inni). Niemniej znamiennym dla gruźliczego zapalenia opłucnej jest prawie zupełny brak leukocytów wielojądrzastych (mniej niż 3%) i nieznaczna liczba komórek śródbłonkowych (mniej niż 10% — Dopter i Tanton, Wolff i inni), wreszcie obfitość krwinek czerwonych w wysięku. Ten skład morfologiczny wysięku gruźliczego nie zawsze jednak jest taki: w początku choroby (Barjon i Cade, Wolff, Stasiewicz i inni) liczba leukocytów wielojądrzastych i komórek śródbłonkowych może być tak znaczną, że przeważają one nad limfocytami; to samo spostrzegamy przy powikłaniu gruźlicy wtórnem zakażeniem, wreszcie w każdem zaostrzeniu się sprawy, któremu towarzyszy silne złuszczanie się komórek śródbłonkowych i przypływ leukocytów wielojądrzastych. Pierwotne gruźlicze zapalenia opłucnej różnią się od wtórnych, wikłających gruźlicę płuc, większą ilością pierwiastków postaciowych, zwłaszcza krwinek czerwonych. Gdy wysięk w pierwotnem zapaleniu opłucnej bywa zwykle bardzo silnie opalizujący, barwy czerwonawej, a jego osad na wirownicy bywa obfity i prawie zawsze zabarwiony na czerwono, to wysięk we wtórnem zapaleniu gruźliczem bywa przeważnie prawie przejrzysty i na wirownicy daje zaledwie nieznaczny osad, z lekka zabarwiony czerwonawo. Ta różnica jednak stopniowo zmniejsza się w miarę tego, jak ostra sprawa przeciąga się i przechodzi w stan przewlekły. Co się tyczy wreszcie wzajemnego stosunku poszczególnych pierwiastków, to pod tym względem obraz tak w pierwotnych, jak i we wtórnych wysiękach jest jednakowy. W przeciwieństwie do gruźliczych zapaleń opłucnej, dla ostrych niegruźliczych zapaleń bardzo znamiennem jest (Stasiewicz) złuszczanie się z powierzchni opłucnej komórek śródbłonkowych całymi płatami tak obfite, że osad na wirownicy jest zawsze bardzo obfity i ma barwę białą, pomimo znacznej domieszki krwinek czerwonych; oprócz nich w osadzie tym można znaleźć znaczną liczbę krwinek białych z przewagą wielojądrzastych nad limfocytami (Widal i Ravaut, Castaigne i Rathery, Dopter, Wolff, Stasiewicz i inni). Wreszcie wysięki opłucne pochodzenia nerkowego i sercowego (Widal i Ravaut, Widal i Dopter) odznaczają się nader małą zawartością pierwiastków morfologicznych ze znaczną przewagą komórek śródbłonkowych (przeszło 90%), nieznaczną liczbą krwinek czerwonych i limfocytów (niżej 20%) i zupełnym brakiem wielojądrzastych.

Wysięki, powstające przy rakach, zawierają zwykle komórki nowotworowe, pojedyncze komórki śródbłonkowe i limfocyty lub wielojądrzaste (Le Mannier). Komórki śródbłonkowe w wysiękach opłucnych u chorych na zapalenie nerek są, według Widala i Ravauta i Doptera, mało zmienione i dobrze się barwią; w wysiękach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc, przeciwnie leżą one pojedynczo i przedstawiają tak wielkie zmiany w protoplazmie i jądrze, że nieraz wprost niepodobna odróżnić ich od leukocytów jednojądrzastych, tembardziej, że komórki te posiadają również zdolności żerne (fagocytowe), skiero-

wane co prawda przeważnie przeciw pierwiastkom morfologicznym (krwinkom czerwonym, limfocytom, leukocytom wielojądrzastym i t. d.), nie zaś przeciwko drobnoustrojom.

Trzeba jednak wogólewy znać, że odróżnianie różnych gatunków krwinek białych i komórek śródbłonkowych napotyka nieraz, zwłaszcza w wysiękach starych, w których komórki ulegają często znacznym zmianom, na niepokonane przeszkody; tak np. postacie zwyrodniałe leukocytów wielojądrzastych i pomarszczone komórki śródbłonkowe w starych wysiękach opłucnych nieraz, jak stwierdzili Michaëlis i Wolff, z łatwością mogą być wzięte za limfocyty. Patella uważa nawet wszystkie limfocyty przesięków i wysięków za jądra zwyrodniałych komórek śródbłonkowych, które uwolniły się z protoplazmy. W każdym razie jednak należy przyznać, że dyagnostyka dzięki badaniu składu morfologicznego wysięków opłucnych zrobiła poważny krok naprzód. Doniosłe znaczenie tej metody uznaje większość badaczy, a znany klinicysta francuski Dieulafoy uważa ją za najlepszą i najpoważniejszą metodę.

Inne płyny, gromadzące się w jamach, poddano również szczegółowemu badaniu, lecz dane, otrzymane co do nich, nie są na tyle zgodne, żeby można było z nich korzystać, jako z oznak rozpoznawczych. Tak np. prof. Korczyński, Wernicki, Grenet i Vitry, Dopter i Tanton i inni znajdowali przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej przewagę limfocytów, Widal zaś i Ravaut polinukleozę. Stosunkowo lepiej zbadano ciecz mózgowordzeniową (Widal, Sicard, Ravaut, Wenworth, Bernheim i Moser, Pfaundler, Lewkowicz i inni). Nie będę jednak rozwodził się o tych, bardzo zresztą ciekawych badaniach, ponieważ dotyczą one więcej dyagnostyki chorób nerwowych.

Obok badań składu morfologicznego płynów, gromadzących się w jamach, trwa nadal dążność do opracowywania metod, których zadanie stanowi wykrycie drobnoustrojów tam, gdzie ani badanie drobnowidowe, ani hodowle na pożywkach, ani wreszcie szczepienie na zwierzętach nie dają wyników dodatnich z powodu nader małej ilości drobnoustrojów w badanych płynach. Ogólne zajęcie wzbudziła pod tym względem metoda, ogłoszona w roku 1903 przez Jousseta pod nazwą inoskopii, a dotycząca wyszukiwania prątków gruźliczych w płynach krzepnących. Wychodząc ze spostrzeżeń, które dowiodły, że prątki gruźlicze we krwi, w wysiękach i innych płynach krzepnących nie opadają na dno naczynia ani przy staniu, ani na wirownicy, lecz pozostają w stanie zawiesiny i następnie podczas krzepnięcia płynu zostają chwycone przez skrzep, zaczął Jousset szukać prątków w skrzepie, poddając go przetrawieniu zapomocą obojętnej dla prątków gruźliczych cieczy, zawierającej pepsynę i kwas solny. Inoskopię zastosowali wkrótce Béclère, Vaquez, Masselin, Bonardi, Medewikow, Gargano i Nesti, Körmöczi i Jassniger, Hornowski i Pribram. — Jedni z tych badaczy byli zadowoleni z otrzymanych wyników, drudzy zaś zapatrują się na inoskopię pesymistycznie. Nowsza praca Żebrowskiego skłania nas stanowczo do zdania drugich, okazało się bowiem, że znaczna część prątków gruźliczych, wbrew zdaniu Jousseta, opada na dno naczynia nawet w razie szybkiego ścinania się wysięku; z drugiej zaś strony płyn Jousseta zmienia własności morfologiczne i zdolność barwienia się starych prątków gruźliczych.

Jeśli usiłowania Jousseta, by wyświetlić pochodzenie niektórych spraw patologicznych, skończyły się niepomyślnie, to poszukiwania bakteryologiczne, dotyczące poznania właściwości biologicznych surowicy krwi, nietylko ułatwiły rozpoznawanie choroby w poszczególnych przypadkach, lecz doprowadziły do odkrycia nowych spraw chorobowych i rozszerzyły nasze pojęcia o oddziaływaniu ustroju na wtargnięcie do niego drobnoustrojów chorobotwórczych. Temu kierunkowi w dyagnostyce dali początek Heidenreich, Charrin, Roget, I. Miecznikow, Bordet i Gruber i inni, którzy wykryli nader ciekawe zjawisko zlepiania się (aglutynacyi) drobnoustrojów pod wpływem surowicy u zwierząt, uodpornionych względem tegoż drobnoustroju: pod wpływem surowicy drobnoustroje tracą stopniowo ruchy, zbijają się w grudki i wreszcie opadają na dno probówki w kształcie kłaczkowatego osadu, pozostawiając nad sobą przejrzystą ciecz. Widal stwierdził, że tęż samą własność ma i surowica krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi. (C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

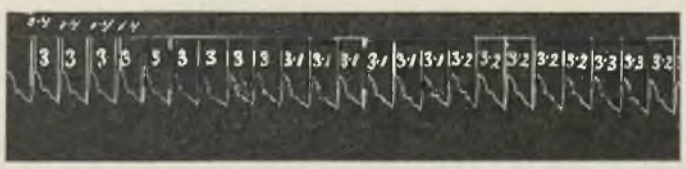
(Ciąg dalszy.)

IV. W grupie czwartej mieszczą się te osoby, u których po silniejszych ruchach stwierdzić można stale objawy, świadczące o tem, że ich serce nie dobrze znosi większe wysiłki. Już bez szczegółowego badania stwierdzić tu można znaczniejsze przyspieszenie oddechów, zblednięcie skóry, a nawet pewne zaostrzenie rysów twarzy; po ruchach czują się tacy ludzie znużonymi i potrzebują spokoju i wypoczynku. Badanie dokładniejsze stwierdza rozlane uderzenia serca, przesunięcie uderzenia końca serca, przyspieszenie znaczne tętna, zmniejszenie się parcia krwi. Tętno jest w tych przypadkach małe, miękkie, tętnica wązka. Zmienia się także bardzo wyraźnie stosunek skurczu do rozkurczu i to w ten sposób, że skurcz trwa stosunkowo dłużej, czyli, że szybkość i siła prądu krwi, wypchniętej ze serca, jest stosunkowo mniejsza. Szczegóły te objaśniają dobrze następujące spostrzeżenie:

1. K. L., lekarz, lat 30. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 7 cm., wysokość 7 cm. Parcie krwi w tętnicy sprychowej 150 mm., liczba tętna 75, skurcz trwa przez 0,1″, rozkurcz przez 0,75″; stosunek skurczu do rozkurczu: S:D = 1:7,5 (ryc. 17).



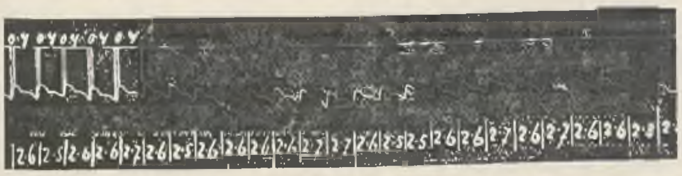
Ryc. 17. (Tętno w spoczynku).



Ryc. 18. (Tętno po ruchach).

Po ruchach, trwających 2 minuty, nastaje zmęczenie, skóra twarzy blednie, oddechy i czynność serca przyspieszają się bardzo znacznie. Rozmiary serca zwiększyły się; wymiar poprzeczny wynosił 8,25 cm., wymiar wysokości 7,5 cm. Parcie krwi opadło do 125 mm., tętno podniosło się do 106 w minucie, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,52″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:6,5 (ryc. 18).

W przeciągu około 20 minut uspokoiła się czynność serca, powrócił stan prawidłowy. Po powtórnych ruchach, które tym razem trwały nawet krócej, było zmęczenie jeszcze większe, aniżeli przy pierwszych; wymiar poprzeczny stłumienia serca wzrósł do 8,5 cm., parcie krwi opadło do 105 mm., tętno podniosło się do 115,4, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,44″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D=1:5,5 (ryc. 19).



Ryc. 19. (Tętno po powtórnych ruchach).

Jakkolwiek w spostrzeżeniach, które pomieściliśmy w grupie czwartej, występują na jaw szczegóły, świadczące o tem, że serce z pewną trudnością dostosowuje się do większych wymagań ustroju, to jednak nie można jeszcze utrzymywać, że narząd krążenia jest niesprawny, w tem znaczeniu, jak to zazwyczaj pojmujemy w klinice, gdy mówimy o niesprawności serca. Mamy wtedy na myśli wprost osłabienie serca, zmiany mięśnia sercowego. Pojęcie ściśle kliniczne oddzielić trzeba koniecznie od pojęcia fizyologicznego. W pojęciu fizyologicznem może mięsień sercowy być niedość silny, a jednak czynić jeszcze zadość potrzebom chwili. I czyni istotnie tak długo, dokąd przy pomocy urządzeń, normujących rozdział pracy, może w jednostce czasu wykonać tę pracę, która jest dla ustroju potrzebna. O ile siła jednego skurczu nie wystarcza, aby uczynić zadość owym potrzebom, rozdziela się praca, serce uderza częściej. Więc chociaż siła jednego skurczu jest słabsza, to jednak suma pracy wykonanej n. p. w minucie jest wystarczająca. Pracę serca ułatwiać także może w razie potrzeby układ tętniczy, o ile jest zupełnie prawidłowy. A więc i tętnice biorą udział »w dostosowywaniu się«. Współudział ten można wprost śledzić na krzywych tętna. Przy zwiększonych wymaganiach tętnice wiotczeją, drgania sprężystości maleją, wychylenia, powstające na ramieniu zstępującem, jako wyraz fali wstecznej, pojawiają się niżej i stają się wyraźniejsze. Niekiedy powstać nawet może obraz tętna dwubitnego.



Ryc. 20. (Tętno w spoczynku).



Ryc. 21. (Tętno po ruchach).

Takie tętno, zdjęte po ruchach z tętnicy sprychowej u młodego człowieka, dotkniętego niedomykalnością zastawki dwudzielnej, w okresie zupełnego wyrównania, odtwarza rycina 21. Rycina 20 daje obraz tętna tego samego chorego w spoczynku.

Gdy mowa o znaczeniu układu tętniczego dla ułatwiania pracy i działania serca w razie większych wysiłków, nie wolno pominąć roli drugiego jeszcze narządu, t. j. narządu oddechowego. Że ruchy oddechowe wspierają wogóle czynności serca i wywierają znaczny wpływ na tok obiegu krwi, jest powszechnie znane, ale zazwyczaj nie zwracamy tak bardzo uwagi na czynność płuc, na ruchy klatki piersiowej przy badaniu czynności serca. A jednak zmiany w tym kierunku zasługują także na uwzględnienie. U ludzi z sercem zupełnie zdrowem, silnem, rozporządzającem znacznym zasobem sił zapasowych, nie potrzebuje to serce pomocy. Czynności innych narządów idą zwykłym torem, mięsień sercowy, gdy zachodzi potrzeba, wystarcza sam przez się, nie żąda znikąd pomocy. Jeśli wszakże ta pomoc potrzebna, to niemal w pierwszym rzędzie dają ją płuca i wspierają serce przez pogłębienie lub przyspieszenie oddechów.

Spostrzeżenia, o których dotychczas mówiliśmy, jako o tych szczegółach, które pozwalają nam ocenić siłę serca, mogą nam dać tylko w przybliżeniu obraz tej siły. Aby ją ocenić ściślej i dokładniej, ująć poniekąd w cyfry, trzeba tę siłę w różnych warunkach zmierzyć. Bezpośrednio uczynić tego nie możemy. Ale pokusić się możemy o określenie pośrednie przez poznanie wyniku ich działania, czyli przez określenie pracy serca. Takie badanie, które na to pozwala, powinno też być istotnym celem dyagnostyki czynności serca, gdy chodzi o ścisłość i dokładność w przypadkach ważnych, gdzie jednak nie ma niewątpliwych objawów schorzenia serca.

Dotychczas nie rozporządzała klinika taką ścisłą metodą, bo nie jest nią ani sfigmografia, ani sfigmomanometrya. Dopiero najnowsze czasy zdaje się, że przyniosą pod tym względem pożądaną nowość w postaci przyrządu, obmyślanego przez Sahliego, nazwanego przez niego »sfigmobolometrem«.

Przyrząd ten jest poprostu manometrem rtęciowym, którego jedno ramię połączone jest z manszetem gumowym, używanym przy oznaczeniach parcia krwi w przyrządzie Riva-Rocciego, w drugiem zaś na powierzchni rtęci spoczywa podstawka przyrządu piszącego. Przy badaniu wtłacza się powietrze do gumowego pierścienia, okalającego ramię, a równocześnie porównywa się wysokość fal, kreślonych kolcem przyrządu piszącego na okopconym papierze. Najwyższa fala służy, łącznie z wysokością parcia krwi, przy którem powstaje, za podstawę obliczenia pracy serca. A mianowicie opiewa uproszczony wzór tego obliczenia: Praca = połowie wysokości fali tętna, pomnożonej przez sumę wysokości parcia krwi i wysokości fali tętna: $P = \frac{h}{2}(h + H)$. Jeśli n. p. najwyższa fala tętna, przy parciu 140 mm. wynosi 6 mm., wtedy $P = \frac{6}{2}(6 + 140) = 420$.

Ten uproszczony wzór powstał z wzoru fizycznego, według którego oblicza się pracę, będącą, jak wiadomo iloczynem z ciężaru i przebytej drogi. Ciężarem przy tych obliczeniach jest słup rtęci, podnoszonej przez falę krwi, drogą wysokość, na którą rtęć się wznosi. Gdyby manometr znajdował się w równowadze, wtedy ciężar słupa rtęci równałby się $r^2 \pi s h \cdot \frac{h}{2} = \frac{r^2 \pi s h^2}{2}$, gdzie *r* oznacza promień przekroju poziomego słupa rtęci, *s* ciężar właściwy rtęci, a *h* wysokość do jakiej słup rtęci się podnosi. Ponie-

waż jednak manometr nie znajduje się w równowadze, przeto w obliczeniu ciężaru, a więc w dalszym ciągu także pracy, uwzględnić trzeba różnicę poziomu rtęci, czyli uwzględnić ciśnienie manometryczne, przy którem czyniono zdjęcia fal tętna. Wzór przedstawi się wtedy: $P = \frac{h}{2}(H+h)\pi r^2 s$. Ponieważ iloczyn $\pi r^2 s$ jest dla każdego przyrządu liczbą stałą, przeto posługujemy się w oznaczeniach tą stałą liczbą. Dla uproszczenia całego postępowania opuszcza ją zresztą Sahli zupełnie i stąd powstaje wzór $P = \frac{h}{2}(H+h)$. Liczba, jaka z rachunku wynika, daje miarę pracy jednego skurczu. Jeżeli chodzi o obliczenie pracy w jednostce czasu, należy tę liczbę pomnożyć przez ilość skurczów serca, względnie ilość fal tętna, nakreślonych przez przyrząd w tejże jednostce czasu [1]).

Oznaczenia sfigmobolometryczne mogą mieć niewątpliwie wielkie znaczenie dla dokładniejszego poznania, a właściwie ściślejszego określenia siły serca przez porównanie wyników oznaczeń przed pracą i po pracy. Jako takie stanowić będą cenne uzupełnienie badań, które streściliśmy powyżej, gdy była mowa o zachowaniu się serca i o jego działaniu u takich osób, u których niema klinicznych znamion choroby serca. Ale same przez się nie mogą zupełnie wystarczyć i zupełnie zastąpić tych badań. Poznanie najwyższego parcia krwi, dokładne ocenienie obrazów i jakości tętna, rozpatrzenie się w stanie serca po ruchach, uwzględnienie ruchów narządu oddechowego i całego stanu badanych osób stanowić będzie zawsze o ostatecznym wyniku oceny narządu krążenia, dostarczać podstaw dla wskazówek, odnoszących się do sposobu życia i zachowania się badanych osób, oraz dla ich leczenia. Boć nawet tam, gdzie niema objawów klinicznej niesprawności serca, gdzie suma jego pracy jest zupełnie dostateczna, istnieć mogą pewne nieprawidłowości w sposobie dostosowywania się. Serce, działające z niepotrzebnym nakładem siły, trzeba poniekąd ułagodzić, nauczyć zachowywać odpowiednią miarę w działaniu, serce za mało pobudliwe naodwrót zaprawić do większej wrażliwości. Jedynie tylko w przypadkach fizyologicznej niesprawności mięśnia sercowego możnaby się opierać wyłącznie na oznaczeniu siły serca. Ale i tu wypadnie ocena lepiej i dokładniej, gdy będziemy rozporządzać innymi jeszcze szczegółami, zaczerpniętymi z badania tętna, serca, jako takiego, ruchów klatki piersiowej i t. d. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Fr. Neugebauer (Warszawa). **Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte.** (Przyczynek do nauki o ciąży mnogiej z heterotopią w osadzeniu się płodów). Lipsk 1907. Klinkhardt. Str. 168).

W ćwierćwiekową rocznicę swej pracy piśmienniczej oddał Neugebauer znowu literaturze ginekologicznej ogromną przysługę przez zestawienie z piśmiennictwa i ogłoszenie 170 przypadków ciąży mnogiej, w których poszczególne płody rozwijały się w różnych odcinkach narządu rodnego. W tej liczbie znajdują się dwa przypadki, spostrzegane przez autora. Zestawienie skrzętne i ścisłe, jak wszystkie prace autora, daje jasne i szczegółowe pojęcie o tej tak ważnej nieprawidłowości, a co ważniejsza, na podstawie tak obszernej kazuistyki zestawia autor wskazówki rozpoznawcze i lecznicze, co pracę tę czyni nietylko niezbędną dla specyalisty, ale bardzo pożyteczną dla każdego lekarza praktyka.

Autor pracę swą rozpoczyna od przytoczenia historyi chorób, bardzo pouczająco, a treściwie zestawionych, dodając tablicę synoptyczną, podającą częstość powikłania, wiek matek, okres ich życia płciowego, usadowienie pierwotne bliźniaka zewnątrz macicy wzrastającego, rozpoznanie, zejście dla matek i dla płodów, jakoteż leczenie. Pomyłki rozpoznawcze, jakie się często zdarzały, są w zupełności usprawiedliwione, zwłaszcza w przypadkach ciąży wczesnej; rozpoznanie staje się łatwiejszem w miarę dalszego rozwoju ciąży, o ile się pamięta o możliwości takiego powikłania. Słusznie zaznacza autor, że przy tych powikłaniach przeoczenie równoczesnej ciąży macicznej jest mniejszem złem, niż przeoczenie ciąży bliźniaczej zewnątrzmacicznej. Rozwijająca się ciąża zewnątrzmaciczna obok ciąży macicznej daje bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego, gdyż przy przerwaniu jej matka nierzadko ginie, a po przerwaniu ciąży zewnątrzmacicznej przerywa się też lub wikła bardzo niekorzystnie ciąża maciczna. Powikłanie omawiane jest dla matek niekorzystne, gdyż umiera wtedy, jak z zestawienia wynika, około 30% matek; stanie się ono mniej groźne, skoro za radę autora zawsze będzie się zważać w leczeniu przedewszystkiem na zdrowie matki, a nie będzie się łudzić przez wyczekiwanie co do utrzymania przy życiu płodów, zwłaszcza rozwijających się zewnątrz macicy, gdyż to może się tylko wyjątkowo przydarzyć. *Dobrowolski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Fahr. **O połączeniu mięśniowem między przedsionkiem i komorą (pęczku Hisa) w sercu prawidłowem i o zbiorze objawów Adamsa-Stokesa.** (*Arch. Virchowa*, T. 188, Z. 3, str. 562). Spór, czy czynność serca jest wynikiem wyłącznej działalności mięśnia, czy nerwów, dotąd nie jest rozstrzygnięty. I jedni i drudzy wytaczają poważne dowody na poparcie swoich zapatrywań. Jeśli jednak jest słuszną teorya o mięśniowem pochodzeniu czynności serca, wedle której u ujścia wielkich żył do przedsionka prawego zaczyna się fala skurczowa i drogą mięśniową przenosi się na komory, toć naturalnie musi istnieć mięśniowe połączenie między przedsionkami, a komorami. Tymczasem do ostatnich czasów przypuszczano, że niema takiego połączenia, lecz przeciwnie, że przedsionki są w zupełności oddzielone od komór t. zw. pierścieniem włóknistym. Dopiero w roku 1904 niezależnie od siebie Bräunig i Retzer na pewno udowodnili połączenie mięśniowe między przedsionkiem, a komorą w postaci pęczka mięśniowego, który w okolicy błoniastej części przegrody (*pars membranacea sept.*) pierścień włóknisty przenika i to zarówno w sercu ludzkiem, jak różnych zwierząt. Wspominał o nim już w r. 1893 His, ale nie opisał go dokładnie. Pęczek ten w przegrodzie międzykomorowej rozdziela się na 2 ramiona i kończy się w samej przegrodzie. Do podobnych wyników doszedł Tawara. Badał on serca psów, kotów, owiec, cieląt i t. d. i podał dalsze szczegóły o przebiegu tego pęczka mięśniowego. Wedle niego owe 2 ramiona biegną pod wsierdziem, wszędzie dokładnie oddzielone tkanką łączną od otaczającego mięśnia sercowego, zwolna drzewiasto się rozgałęziają i dopiero ostateczne tych rozgałęzień zakończenia łączą się z mięśniem komory. Drobne te szczegóły wykrył T. tylko na sercu owczem, na innych mu się to nie udało, ale wyniki na sercu owczem uzyskane, przeniósł jednak T. przez analogię i na inne serca. Autor na podstawie swoich badań w zupełności potwierdza, co Bräunig i Retzer o pęczku Hisa podają; zauważył on tylko, że pęczek, przedostawszy się przez pierścień włóknisty, z początku biegnie poziomo i dopiero potem się rozdziela na 2 ramiona, które dość stromo w dół biegną, otoczone tkanką łączną, i w końcu łączą się z mięśniem serca, nie rozdzieliwszy się jednak przedtem już ani razu. Nie godzi się autor z Tawarą: nigdy podziału dalszego, drzewiastego nie widział w sercu ludzkiem, ani prawidłowem, ani zmienionem, ani u człowieka dorosłego, ani u dziecka, ani u płodu. Natomiast najzupełniej godzi się na to, co Tawara pisze o sercu owczem. Nie miał więc wedle autora racyi Tawara, przenosząc bez zastrzeżeń szczegóły, stwierdzone u owiec, na ludzi.

---

[1]) Dokładny opis przyrządu, oraz szczegółowe przedstawienie całej sprawy por.: »Deut. med. Wochenschrift« 1907, Nr 16, str. 628 i Nr 17 str. 672.

Jeżeli fala skurczowa po pęczku Hisa z przedsionka biegnie do komory, to zważywszy, że pęczek ten wynosi około 40 mm., łatwo sobie wytłómaczyć pauzę między skurczem przedsionka i skurczem komory. Na przerwę między skurczem przedsionka i komory wpływa i to, — o ile pęczek Hisa wogóle skurcz przenosi, — że związek między pęczkiem, a otaczającym mięśniem i po stronie przedsionka nie jest bezpośredni. Drobne włókienka mięśniowe, przechodzące przez warstwę tłuszczu, otaczającą pęczek, zwolna się schodzą i łączą w rzeczony pęczek Hisa.

Ciekawe spostrzeżenia poczynił autor na tym pęczku w sercach ludzi, którzy ginęli wśród objawów Adams-Stokesa. Autor z góry przypuszczał, że w tych przypadkach należy szukać przyczyny w owym pęczku Hisa, i istotnie w przypadkach tych znalazł tam zmiany. Miał sposobność badać trzy takie przypadki, ale tylko dwa zbadał zupełnie dokładnie. W jednym przypadku guz, prawdopodobnie kilak, tkwiący w przegrodzie, zniszczył pęczek w miejscu, gdzie opuszcza on pierścień włóknisty, w drugim zaś znalazł autor w miejscu, gdzie się pęczek zwykle rozdziela, bliznę, która zajęła miejsce lewego ramienia pęczka, prawe ramię pęczka pozostało nietknięte, ale tylko aż do miejsca połączenia się z mięśniem sercowym, bo tam znowu było ognisko włóknistej tkanki łącznej. W obu tych przypadkach była zatem przerwana ciągłość pęczka. Podobne spostrzeżenie do tego ostatniego powiodło się w ostatnich czasach zrobić Schmollowi (włókniste zwyrodnienie pęczka tuż pod pierścieniem włóknistym). Na tej podstawie autor tłómaczy zbiór objawów Adams-Stokesa zmianami anatomicznemi w pęczku Hisa i podnosi, że szczegóły przez niego stwierdzone również za mięśniową teoryą ruchów serca przemawiają; w każdym razie koordynacya skurczów przedsionka i komory związana jest ze stanem mięśnia sercowego, bo zależy od pęczka Hisa. *Stahr.*

Wiesiołkin. **O wpływie powietrza, zawierającego 5—10 prc. CO_2 na ciepłotę prawidłowego i gorączkującego ustroju.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Do badań (w pracowni patologii ogólnej prof. Albickiego w Petersburgu) używał autor głodzonych psów i królików. Gorączkę wywoływał 2 sposobami: wstrzykiwaniem pod skórę terpentyny i wprowadzaniem do krwi gnijącego nastoju mięsa. U prawidłowych zwierząt zrobiono 9 doświadczeń: 2 — z 10 prc. CO_2, 7 — z 5 prc. CO_2. U zwierząt gorączkujących wykonano 13 doświadczeń; z nich 11 — z 5 prc. CO_2, 2 — z 10 prc. CO_2. W 2 przypadkach doświadczenie trwało 3 godz., w 2—12—25 godzin, zresztą 5—9 godzin. We wszystkich przypadkach mieszanina gazów zawierała prawidłową ilość tlenu. W 9 doświadczeniach zwierzęta zaczynały oddychać mieszaniną gazów, zawierającą CO_2, wtenczas, gdy gorączka sięgała pewnej stałej wysokości; w 4 doświadczeniach — zaraz po wprowadzeniu substancyi, wywołujących gorączkę. Okazało się, że na prawidłową ciepłotę powietrze, zawierające CO_2, działa różnie, zależnie od zwierzęcia i ilości zawartego w powietrzu CO_2. Króliki były wrażliwsze od psów: obecność 5 prc. CO_2 w powietrzu obniżała ciepłotę u królików o 0,4—0,7 prc. C., u psów zaś ciepłota prawie zupełnie się nie zmieniała, spadając o 0,6—0,9° C. tylko w obecności 10 prc. CO_2. To działanie (u królików i u psów) trwało tylko pierwsze 1—1½ godziny, potem, mimo dalszego trwania doświadczenia ciepłota powracała do pierwotnej wysokości i nie zmieniała się już do końca. Na gorączkową ciepłotę działa CO_2 więcej i stalej i to jednakowo u królików i u psów. Przy 5 prc. CO_2 ciepłota spadała o 0,4—1,6 prc., tak że ciepłota w połowie doświadczeń sięgała prawidłowej wysokości, w drugiej zaś połowie przewyższała prawidłowo 0,4—0,8 prc. Obniżenie ciepłoty było tem większe, im wyższa była gorączka. Pod wpływem 10 prc. CO_2 cieplota gorączkowa we wszystkich przypadkach spadała do poziomu prawidłowego. Gdy zwierzę zaczynało po doświadczeniu oddychać zwykłem powietrzem, ciepłota znów się podnosiła do pierwotnej gorączki, lecz bardzo powoli, a po kilku doświadczeniach nigdy już nie powracała do tej wysokości, jaka była przed doświadczeniami. Otrzymuje się przeto wrażenie, że CO_2 obniża gorączkę nietylko przy jego wdychaniu, lecz na jakiś czas i po wdychaniu. Gdy zwierzęta zaczynały oddychać 5 prc. CO_2 zaraz po wstrzyknięciu terpentyny lub gnijącej cieczy, ciepłota wzrastała powoli i sięgała mniejszych liczb. Jeżeli potem zwierzę oddychało zwykłem powietrzem, gorączka rosła bardzo prędko. U wszystkich zwierząt podczas trwania doświadczenia były ruchy oddechowe głębsze i częstsze. Żadnego wpływu trującego CO_2 autor nie zauważył ani na zwierzętach, ani na sobie (wdychał 5 prc. CO_2 w ciągu 1 godziny). Na podstawie swych badań dochodzi W. do wniosku, że CO_2 jest środkiem obniżającym ciepłotę i, zestawiając swoje dane z faktem, że podczas gorączki ilość CO_2 we krwi znacznie się zmniejsza, rzuca pytanie, czy może i prawidłowe wahania CO_2 w krwi tętniczej, nie są przypadkowem i bezcelowem zjawiskiem, lecz mają mniej więcej ważne znaczenie w sprawie termoregulacyi i wahań ciepłoty prawidłowej. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Doc. Rubaszkin. **Nowy sposób przylepiania preparatów celoidynowych.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 16). Na zupełnie suchem i czystem szkiełku przedmiotowem rozciera się kroplę mieszaniny białka (2 cz.) z gliceryną (1 cz.) w cieniutkiej warstwie palcem; przy krajaniu skrawków używać trzeba 50° (nie ponad 60°) spirytusu. Przeniósłszy skrawek na szkiełko, wygładza się go igłą lub pędzelkiem, usuwa się nadmiar spirytusu bibułą szwedzką, nalewa się na skrawek mieszaniny olejków gwoździkowego i anilinowego (1: 1), a gdy skrawek stanie się (po 3—5 min.) zupełnie przeźroczysty, usuwa się olejki przez pogrążenie szkiełka ze skrawkiem w 90° spirytusie; wreszcie przechowuje się w 70° spirytusie aż do barwienia. Celoidynę można rozpuścić, działając potem 96° lub bezwodnym wyskokiem przez 5 min., następnie mieszaniną wyskoku z eterem (1: 1), z której preparat stopniowo przenosi się do wyskoku 90°, 70° i t. d. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kalamkarow. **W sprawie doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików i o wpływie na tę sprawę związków jodu.** (*Russkij Wracz* Nr 11, 1906). Autor wstrzykiwał (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Akademii) jednej seryi królików adrenalinę, drugiej — adrenalinę i jednocześnie jodypinę lub NaJ; zmiany miażdżycowe w drugiej seryi były znacznie większe, niż w pierwszej. Początkowe zmiany w tętnicy głównej znalazł autor także u jednego królika, któremu wstrzykiwano czysty NaJ (0,1—10 prc. rozczynu). Badając tętnice główne u wszystkich królików, które zginęły po różnych innych doświadczeniach, znalazł autor w 3 przypadkach z 30 miażdżycę; u jednego z królików znaleziono tętniaka. Na podstawie tego możnaby więc przyjąć, że miażdżycę tętnicy głównej u królików spotyka się niekiedy i bez wszelkich wstrzykiwań; wstrzykiwania tylko zwiększają miażdżycę już istniejącą. Wskutek tego nie można sądzić, jak działają związki jodu na sztuczną miażdżycę. (Mojem zdaniem, jednoczesne wstrzykiwanie adrenaliny i związków jodu nie może wpływać na sprawę powstawania miażdżycy, gdyż adrenalina działa toksycznie na śródbłonek naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), jod zaś na śródbłonek nie wywiera żadnego działania; cel może mieć tylko badanie działania jodu na przebieg już istniejącej miażdżycy, gdy skutkiem niedrożności naczyń odżywczych powstanie martwica w błonie środkowej i naciek naokoło zwapnień, na który to naciek jod wywiera wpływ. *Przyp. spr.*). *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Położnictwo i ginekologia.

Hocheisen. **Spostrzeżenia kliniczne i radyologiczne w 16 przypadkach cięcia przyłonowego (pubotomii), wykonanego igłą.** (*Archiv f. Gyn.* tom 80, zeszyt 1). Autor poleca postępowanie jak najściślej podskórne, bez nacięć i kontroli palcem. Jest ono następujące: przed operacyą wypuszcza się mocz cewnikiem, celem przekonania się, czy mocz nie zawiera krwi, jak to się zdarza przy przewlekających się porodach; jeżeli się tej ostrożności nie zachowa, to trudno później rozstrzygnąć, czy przypadkiem przy operacyi nie nastąpiło uszkodzenie pęcherza. Następnie wkłuwa się igłę Bumma na dolnym brzegu kości łonowej między dużą i małą wargą sromową, przesunąwszy wargę małą wraz z łechtaczką ku środkowi, przeprowadza się igłę ściśle około samej kości, obniżywszy silnie trzonek igły, a drugi palec lewej ręki wprowadza się do pochwy celem kontroli. Igłę należy przeprowadzać zawsze więcej w kierunku dośrodkowym, aby ją wykłuć w linii środkowej, poczem do igły przyczepia się piłeczkę i przeprowadza z powrotem przez kanał wkłucia. Teraz zakłada się naokoło obu kończyn dolnych razem złożonych opaskę i przepiłowuje się kość o ile możności pionowo, aż powstanie szpara, nad którą czuć tylko części miękkie, które też wówczas w całości w tę szparę wgnieść można. Tylko wtedy ma się pewność, że okostna przednia i więzadła zostały istotnie przepiłowane, co dla dostatecznego rozstępu jest koniecznie potrzebne. Wyciągnąwszy piłeczkę, uciska się natychmiast silnie miejsce wkłucia i wykłucia igły gazikami, i to najwyżej ½—1 minuty. Następuje rozwiązanie rodzącej, obejrzenie kanału rodnego i wygniecenie łożyska. Szyjąc krocze, (jeśli tego potrzeba), należy unikać, o ile tylko można, silniejszego rozkładania kończyn. W końcu wyciska się przez dolny otwór wkłucia krew, która tymczasem nagromadzić się mogła w kanale

przejścia piłeczki, i wprowadziwszy do pęcherza cewnik na stałe, zakłada się odpowiedni opatrunek uciskający. W tym celu, uciskając stale okolicę spojenia łonowego, wypycha się pochwę mocno gazą wioformową, a nadto pokrywa się gazą i watą od zewnątrz całą okolicę sromu; jeżeli macica stoi wysoko, należy ją wcisnąć do małej miednicy i ręcznikami ustalić. Celem ustalenia całego opatrunku zakłada się w końcu na brzuch dobrą opaskę brzuszną, a między kończyny opaskę w formie litery T. Po dobie wyjmuje się tampony pochwowe i pozostawia tylko lekko uciskający opatrunek, który od trzeciego dnia wogóle należy usunąć; w tym samym dniu usuwa się cewnik, stosuje lewatywę i pierwszy raz dokładnie oczyszcza srom. Taki sam opatrunek uciskający od zewnątrz i od pochwy należy zastosować zaraz po przepiłowaniu kości, jeżeli się czeka na poród samorodny. Po wydaleniu płodu wraz z tamponami postępuje się jak wyżej. Przy dostatecznej wprawie od wprowadzenia igły aż do ukończenia porodu zapomocą kleszczy, upływa ledwo 2—3 minut. Cięcie przyłonowe daje lepsze rokowanie u wieloródek, u których też skaleczenia i naddarcia tkanek są rzadkie. U pierwiastek należy operacyę tę wogóle ograniczyć, a ze względu na łatwiej powstające naddarcia wykonywać ją o ile możności w klinikach lub sanatoryach, nigdy zaś w prywatnym domu. Zapomocą rentgenogramów i na podstawie wyników porodowych przekonał się autor, że rozstęp miednicy występuje tem pewniej i łatwiej, im bliżej spojenia łonowego przepiłowano kość; im bliżej zaś otworu zasłonowego, tem przezerzenie miednicy występuje trudniej i nigdy w tak znacznym stopniu. Przez badania na zwłokach i przy wykonaniu operacyi stwierdzono, że okostna u rodzących tak luźnie przylega do kości, iż z łatwością igła daje wprowadzić się między okostną i kość bez osobnego nacinania okostnej i bez pomocy palca przy jej oddzielaniu. Po operacyi i przy należytym rozstępie kości, najlepiej skorzystać od razu z uśpienia i rozwiązać rodzącą zapomocą kleszczy. W rzadkich tylko przypadkach i to u wieloródek, jeżeli po operacyi czaszka płodu jeszcze się nie przystosowała, a nic nie nagli do ukończenia porodu, można czekać na poród siłami natury. Za najkorzystniejszy zabieg rozwiązujący należy uważać założenie kleszczy, a bardzo rzadko tylko obrót i wyciągnięcie płodu. Stopień ścieśnienia miednicy, przy którym operacya daje dobre wyniki, szacują ogólnie na 6·75—6·5 ctm. (c. v.); czynnikiem rozstrzygającym jest jednak przedewszystkiem wielkość niestosunku między główką płodu a miednicą; z tego powodu może czasem powstać wskazanie do cięcia przyłonowego przy prawidłowej miednicy, ale dużej i niekorzystnie ustawionej główce. Zakażenie wyłącza wykonanie operacyi. Jako następstwa cięcia przyłonowego podają niektórzy dość częste występowanie zmian w położeniu pęcherza moczowego, pochwy i macicy.

Dr E. Ehrenpreis.

J. Bucura. **Wykrycie tkanki chromochłonnej i prawdziwych komórek zwojowych w jajniku.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 23, 1907). Badając jajniki 55-letniej kobiety, operowanej z powodu zmięknienia kości, napotkał autor charakterystyczne komórki, dotychczas nie opisane, dwojakiego gatunku, jedne wyraźnie chromochłonne (chromaffin), drugie mające kształt i charakter komórek zwojowych. Spostrzeżenia swe streszcza B. w następujących słowach: »W obu jajnikach można było znaleźć grupy komórek i pojedyncze komórki o drobnoziarnistej pierwoszczy, małem okrągłem jądrze, wyraźnie chromochłonne, między którémi widzieć można wiele typowych komórek zwojowych, t. j. jednobiegunowych wielkich komórek o wielkiem jasnem jądrze z jąderkiem i o typowej osłonce. Stosunek tych grup komórek do nerwu można było dokładnie stwierdzić; przylegały one bowiem do nerwu w grupach nieściśle ograniczonych, po części znaleźć je można było wśród jego pochewki, albo też były one otoczone pochewką łącznotkankową, a przez środek przebiegał gruby pień nerwowy. Jestto więc dowód niewątpliwy, że w jajniku ludzkim istnieje tkanka chromochłonna z prawdziwemi komórkami zwojowemi«. Znamienne te komórki znajdują się we wnęce jajnika i widzieć je można dokładnie w skrawkach świeżych niebarwionych, jak i barwionych. *Engländer.*

Grünbaum. **Wydzielanie mleka po wytrzebieniu.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Stosunek wydzielania się mleka do części rodnych nie zupełnie jest jasny. Wiemy, że u dziewic i staruszek spotkać można czasem obfite wydzielanie się pokarmu. Na Jawie karmieniem specyalnie zajmują się staruszki. Skład ich mleka jednak nieco się różni od pokarmu matek. Landau spostrzegał wydzielanie się mleka po obustronnem wycięciu jajników. Podobnież spostrzegał aż 14 przypadków, w których po usunięciu jajnika, przeważnie w 3 tygodniu po operacyi, rozpoczęło się wydzielanie mleka, trwające czasem i kilka miesięcy. Halban tłómaczy to zjawisko tem, że jajniki mają wpływ hamujący na czynność gruczołów mlecznych. Usunięcie jajników jest więc zarazem pobudką do wytwarzania się mleka. *Klęsk.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

13. Gminna służba zdrowia.

Od r. 1900 do 1903 wzrosła liczba okręgów sanitarnych ze 109 na 127, nie licząc 9, które były czasowo nieobsadzone. Gdzieindziej już podnosiliśmy, że przyrost okręgów sanitarnych jest zbyt powolny. Wytyka to i Rada zdrowia (190¹/₂), która jeszcze w r. 1900 energicznie przedstawiała Sejmowi konieczność szybszej akcyi i wskazywała na inne kraje Austryi, gdzie obsadzano niemal odrazu wszystkie okręgi. I w Galicyi jest już dostateczna na to liczba lekarzy. Z końcem r. 1903 było jeszcze 9 takich powiatów, w których nie było ani jednego lekarza okręgowego. Wśród tych powiatów znalazł się jeden taki (mielecki), gdzie Wydział powiatowy nie tylko nie chciał ustanowić bodaj jednego lekarza okręgowego lub akuszerki okręgowej, ale nawet powiatowej komisyi sanitarnej! Na płace lekarzy okręgowych i ryczałty na ich podróże wydał kraj i powiaty w r. 1902 ogółem 219,688 kor., (w r. 1903—224,918), co czyni na głowę ludności średnio ledwo 3 halerze, a gdyby doliczyć nawet płace lekarze gminnych (w r. 1902—104,011 kor.), to wypadnie na głowę ludności ledwo 4·4 h. Rada zdrowia wskazuje na to, że w Tyrolu wynosi wydadek na ten cel 46 hal. na głowę, a nawet w Dalmacyi 21 h. i podnosi, »że żaden z tych krajów nie uważa tego wydatku za marnotrawstwo«. Ale i na tak wymowne porównania był Wydział krajowy dotąd głuchy. Dodajmy, że każda nowa posada okręgowa obciąża kraj stosunkowo bardzo mało, bo np. w r. 1903 wynosiła płaca jednego lekarza okręgowego łącznie z ryczałtem na podróże zaledwo 1771 kor. Powolnego przymnażania okręgów sanitarnych nie możnaby więc tłómaczyć nawet taką wymówką, że niepodobna tworzyć liczniejszych naraz okręgów, bo każdy nowy znacznie zwiększa wydatek...

Starania lekarzy okręgowych o odpowiednią zmianę ustawy o organizacyi okręgowej służby zdrowia, poparte przez Radę zdrowia jeszcze w r. 1901, zaledwo w r. 1904 skłoniły Sejm do uchwalenia niektórych ulepszeń. Starania zaś ich o zapewnienie emerytury, ponawiane przez szereg lat i energicznie popierane przez Radę zdrowia, po dziś dzień nie odniosły skutku, a zapowiedziany projekt odpowiedniej ustawy nie został w wiosennej sesyi tegorocznej (1907) do Sejmu wniesiony.......

Wszystko to dzieje się w kraju, w którym, jak stwierdza Rada zdrowia (1903) »działalność lekarzy okręgowych zyskuje coraz więcej uznania wśród ludności«, co już samo przez się wskazuje na to, jak ta działalność jest wogóle gorliwą i wzorową. A jednak np. w powiecie bocheńskim jeden z tych lekarzy mimo, że »zasłużył na zupełne uznanie, mimo 2¹/₂ letniej służby niezwykle gorliwej, dotąd (1903) nie uzyskał stabilizacyi...« Stanowisko władz autonomicznych wobec lekarzy okręgowych sprawia doprawdy wrażenie, jakby szło o zrobienie na przekór władzom rządowym, które w interesie kraiu starają się lekarzy tych ile możności popierać. I gdy np. Namiestnictwo w okólnikach do starostów (23. IV. 1903, L. 16,179) zaznacza »z całym naciskiem konieczność popierania lekarzy okręgowych i gminnych« i nakazuje delegować ich do zwalczania epidemii, wynagradzając z funduszów rządowych, to Wydział krajowy....... obniża im (1903) dyety za szczepienia krowianki z 7 na 6 koron, pod pozorem, że także rząd nie płaci za to lekarzom rządowym pełnych dyet, chociaż, jak słusznie podnosi Rada zdrowia, zasada taka tylko wtedy byłaby słuszną, gdyby lekarze autonomiczni pobierali płace, równe płacom lekarzy rządowych. A do tego bardzo, bardzo daleko.

Powiatowe komisye zdrowotne nie istnieją dotąd w wielu jeszcze powiatach, a tam, gdzie istnieją, zbierają się zbyt rzadko. A jednak już jedno posiedzenie w roku może przynieść znaczny pożytek. Dowód tego przytacza Rada zdrowia z powiatu myślenickiego, gdzie w r. 1903 było wprawdzie tylko jedno posiedze-

nie, ale uchwały jego zostały wykonane i mają trwałą doniosłość (w ciągu roku zbudowano w powiecie 75 studni i rozpoczęto gromadzić fundusze na budowę szpitala). Na przykładzie zaś 2 posiedzeń komisyi zdrowotnej w powiecie rawskim dowodzi Rada zdrowia, że przedmiotów pracy dla takiej komisyi w każdym powiecie jest dosyć i zajęcie się nimi może uwieńczyć poważny skutek. Ale nasuwa się tu uwaga, że niepodobna sądzić zbyt surowo komisyi zdrowotnych powiatowych, gdy w miastach stołecznych miały taki przykład, jaki dawał wówczas Kraków. W r. 1903 nie odbyła komisya sanitarna krakowska ani jednego posiedzenia! (Stosunki te poprawiły się dopiero w r. b., 1907, gdy je wytknęliśmy w »Przeglądzie«). Nietylko w tem jednem pozostawał Kraków w tyle. Gminna służba zdrowia składała się w Krakowie w r. 1903 (i składa się po dziś dzień!) wszystkiego z 4 lekarzy, już wtedy było ich przeto co najmniej o 2 mniej, niż tego wymaga rzeczywista potrzeba i niż nakazuje ustawa. Dziś, jak już podnosiliśmy z końcem r. z., powinnoby być w Krakowie co najmniej 7 lekarzy miejskich. We Lwowie było w roku 1903 oprócz okulisty miejskiego 9 lekarzy, którzy odbyli 12 posiedzeń lekarskich, a komisya sanitarna odbyła prócz tego posiedzeń 8.

W 65 samoistnych gminach sanitarnych (mniejszych miastach galicyjskich) było w r. 1903—79 lekarzy gminnych; Przemyśl i Stanisławów miały po 3 lekarzy, a więc niemal tyle, co Kraków! Niestety tylko 4 miasta (Tarnów, Rzeszów, Przemyśl i Buczacz) ogłaszają publicznie sprawozdania z działalności lekarzy gminnych. (W r. b. poszło za tym chwalebnym przykładem także Podgórze, o czem zdawaliśmy sprawę w nr. 20 »Przeglądu«, wspominając o sprawozdaniach z Buczacza i Rzeszowa; z Tarnowa i Przemyśla nie otrzymaliśmy sprawozdań ani za rok 1905, ani za 1906; czyżby nie wyszły?). Rada zdrowia słusznie ubolewa nad tem, że na 65 samoistnych gmin sanitarnych tylko z 4 wychodzi takie świadectwo pracy lekarzy wobec społeczeństwa i zachęta dla gmin do dalszych wydatków na cele zdrowotne, pomimo, że wśród lekarzy gminnych znajduje się wielu młodych, zdolnych i energicznych pracowników.

Płace tych 79 lekarzy gminnych kosztowały w roku 1903 wogóle 157,713, średnio więc na jednego lekarza niespełna tylko 2,000 koron. Prócz tego jeszcze w 38 gminach otrzymywali lekarze za pełnienie niektórych obowiązków lekarzy gminnych wynagrodzenia od 150 (sic!) do 1400 koron rocznie. Ponieważ taki stosunek jest niekorzystny zarówno dla gmin, jak i dla lekarzy, przeto zarządziło Namiestnictwo w r. 1903, by gminy takie zorganizowano stopniowo, jako samoistne gminy sanitarne.

Wielkim brakiem w istniejących już samoistnych gminach sanitarnych jest to, że przeważnie nie posiadają one domów izolacyjnych dla chorych zakaźnych, lokalów dla doraźnej pomocy i dla ubogich rodzących, lub też obróciły przeznaczony na to lokal na inne cele. Ale i tu niestety przykład idzie z góry, a prowincya może dotychczas szukać wymówki w stosunkach stołecznych.

Położnych okręgowych było w r. 1900—383, gminnych 249, w r. 1903 było zaś okręgowych 481, gminnych 305; posad gminnych przybyło w r. 1903 nierównie więcej (35), niż okręgowych (17), co jest zdaniem Rady zdrowia niewątpliwie odpowiedniejsze. Niestety, postęp pomocy położniczej w kraju natrafia na rozmaite przeszkody, jak bardzo nizka płaca położnych (okręgowych średnio 169 kor., gminnych nawet tylko 123 kor. rocznie!), brak poparcia akuszerek egzaminowanych przez ludność wiejską, a wreszcie (»co dziwniejsze«, jak się eufemistycznie wyraża Rada zdrowia, »co bardziej oburzające«, jak nie wahalibyśmy się powiedzieć) to, że »niektóre Rady powiatowe (Przemyśl 1903) nie chcą nic wiedzieć o organizacyi służby położniczej«. W końcu r. 1902 nie było ani jednej położnej gminnej w 16, ani jednej położnej okręgowej w 9, ani jednej położnej na posadzie (gminnej czy okręgowej) w 3, tylko po jednej lub 2 położne na posadzie w 4 powiatach! Niechęci zwierzchności gminnych przy takich przykładach nawet dziwić się nie można; a co taka niechęć znaczy, na to wskazuje fakt, że w jednym tylko powiecie było nieobsadzonych wskutek tego posad w jednym r. 1903—pięć!

14. Krajowa Rada zdrowia

odbyła w roku 1901 posiedzeń 10 (załatwiono spraw 76), w r. 1902—14 (spraw 71), w r. 1903—11 (spraw 75).

(C. d. n.)

W sprawie położnych w Galicyi.

Projekt poprawy stosunków.

Podał

dr Piotrowski.

(Według odczytu w Tow. lekarskiem krakowskiem dnia 13 lutego 1907).

(Dokończenie.)

Z kolei należy się zastanowić nad pytaniem, czy uzasadnionem jest zwalczanie babek wiejskich, i jak dotychczas z niemi się postępuje.

Na dowód, że zwalczać babki należy, mógłbym przytoczyć cały szereg przykładów, wskazujących, jak wielkie szkody lud przez nie ponosi. Powołam się na to, co już wspomniałem, że we własnym interesie starają się babki nie dopuścić na wieś lekarza, przyczyniają się przeto pośrednio do rozwlekania się chorób nagminnych. Odwlekając wezwanie lekarza w przypadkach poważnych, są babki często przyczyną śmierci matek lub dzieci. Nie mając pojęcia o czystości, narażają rodzące na ciężkie zakażenia, kończące się śmiercią lub ciężką i długą chorobą. Podnieść tu należy jeszcze śluzoropotok oczu noworodków, kończący się ślepotą; ociemniałych z tego powodu mamy w Galicyi kilka tysięcy, jak na to wskazywałem, pisząc o stosowaniu protargolu u noworodków. Wreszcie samo postępowanie babek z rodzącemi jest nieraz wprost straszne, przypominając tortury średniowieczne. Nie zamierzam wymieniać wszystkich zabobonów, jakich babki używają przy łóżku rodzącej; wystarczyłoby to na osobny odczyt; wspomnę tylko o smarowaniu pochwy mydłem, przecinaniu krocza kozikiem, podawaniu jajecznicy z trzaskami, sadła z tłuczonem szkłem, wieszanie rodzącej za nogi, okładanie rodzącej nawozem; są to rzeczy wprost zagrażające życiu.

Jakąż opieką otacza władza kobiety rodzące przeciw podobnym wybrykom?

Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 6. marca 1859 (Nr 57) str. 692 przepisuje, że w miejscowościach, gdzie znajdują się położne lub dokąd położną łatwo sprowadzić można, mają władze polityczne występować przeciw osobom, trudniącym się bezprawnie udzielaniem pomocy położniczej za zapłatą i w sposób zarobkowy i karać je grzywną lub aresztem w granicach, przysługujących politycznej władzy co do wymiaru kary.

Tak więc ustawa daje starostwom władzę zwalczania babek, gdyby tylko z ustawy tej chciały korzystać.

Okólnik Namiestnictwa gal. z 10. czerwca 1895, l. 37.834, objaśniający to rozporządzenie, określa sprawę jeszcze dokładniej w słowach następujących: »Poleca się przeto starostwu, by w okręgach akuszeryjnych zorganizowanych zabroniło w gminach, do okręgu wcielonych, jak najsurowiej babkom wiejskim trudnić się udzielaniem pomocy rodzącym. Ponieważ w każdej gminie znane są dobrze te kobiety, które się trudnią babieniem, dla pewniejszego skutku należy do każdej imiennie wystosować zakaz. Przekraczające ten zakaz, o ile do nich nie będzie można zastosować ustawy karnej, ulegną karze administracyjnej według rozporządzenia minist. z 30 września 1857 (dz. Nr 198)«.

Niestety starostwa zwykle nie korzystają z przysługującego im prawa i jeżeli pojawią się liczne skargi na babkę, oddają sprawę sądowi; sądy zaś, rozpatrując sprawę, trzymają się przesadnie ściśle ustawy, a mianowicie określenia »za zapłatą i w sposób zarobkowy«; ponieważ tego babce udowodnić nie można, zapada zawsze wyrok uwalniający. Że babka bierze »zapłatę za pomoc położniczą«, tego nie można jej udowodnić, bo, jak już nadmieniłem, za »poród« wprost nic nie bierze, pieniądze bierze tylko tytułem wynagrodzenia za posługi; nadto ojciec dziecka może śmiało przysiądz, że babki nie wzywał, bo po babkę nigdy nie chodzi nikt z rodziny, tylko sąsiadka lub kuma. Aby sprawę przewlec, świadkowie nie stawiają się na termina do sądu, przedkładając świadectwa, że są chorzy, wydane przez pisarza lub wójta, którzy zawsze trzymają stronę babki. Tak sprawa w sądzie przeciąga się latami, a babka dalej bezkarnie praktykuje. Jeden z lekarzy powiatowych skarżył się, że 3 lata w ten sposób sprawa się ciągnie i mimo udowodnionej winy nic babce zrobić nie można. Postępowanie to zniechęca i położne i lekarzy do występowania przeciw babkom. Jeżeli wreszcie rozprawa dojdzie do skutku, nigdy nie znajdą się świadkowie dowodowi na praktykowanie babki »w sposób zarobkowy«. Zasądzona zaś (wyjątkowo) babka nic sobie z tego

nie robi, praktyki i »honoru« nie traci, czas odsiedzenia kary odkłada sobie na zimę, kiedy niema zajęcia przy gospodarstwie, i kiedy, jak same babki mówią: »posiedzieć w kozie nic nie szkodzi, dostanie się dobrze jeść, dwa razy na tydzień mięso, wyśpi się należycie«. To też dlatego tylko młode, niedoświadczone położne występują przeciw babkom; starsze wyrzekają się wszelkich prób, bo wiedzą, że babce nic nie zrobią, a same narażą się tylko na straty materyalne, jeżdżąc na termina do sądu.

Jednem słowem, choć należy koniecznie zwalczać babki tam, gdzie są położne, to sposób dotychczasowego postępowania jest zły i nie odnosi żadnych skutków.

Należy przeto zastanowić się nad tem, w jaki sposób zaradzić złemu. Przedewszystkiem zadaniem lekarzy powiatowych jest starać się potworzyć jak najwięcej okręgów akuszeryjnych, obejmujących po 2, najwyżej 3 wsie, postarać się u władz autonomicznych, aby przysyłały do szkoły położnych kobiety wiejskie, dając im na czas nauki stypendya. Jak mało dbają o to powiaty, na to najlepszym dowodem są dane, dotyczące stypendyów, udzielanych uczennicom szkoły położnych.

Według istniejących ustaw wykonywać powinni lekarze powiatowi kontrolę nad metrykami. W okólniku Namiestnictwa z 21 lutego 1895 (l. 13523) czytamy, iż lekarze powiatowi mają podczas bytności w gminach, należących do zorganizowanych okręgów akuszeryjnych, przekonywać się z ksiąg metrykalnych, które babki trudnią się babieniem i przedstawiać je starostwu do ukarania. Podobne przepisy zawiera dekret kancelaryi nadwornej jeszcze z 2 lipca 1825 (l. 20.248), wprowadzony w życie przez rozporządzenie z 2 sierpnia 1825, (l. 42.442), który przypomina obowiązek zapisywania do metryki narodzin nazwiska akuszerki, czynnej przy porodzie, poleca dalej lekarzom, wykonującym służbę sanitarną, aby przekonywali się z metryk urodzonych, czy przy porodach udzielają pomocy nieuprawnione osoby, a w danym razie przedkładali przepisane doniesienie. Przeszło 80 lat istnieje zatem ustawa, mająca na celu zwalczanie babek; w praktyce jednak wyjątkowo tylko jest stosowana. Że przepisy te dadzą się przeprowadzić, dowodem miasto Kraków i powiat myślenicki, w którym w roku 1902 rozesłano okólnik do urzędów gminnych i parafialnych, odczytany z ambon, a zakazujący babkom praktykować; w roku 1904 poszło starostwo jeszcze dalej, mianowicie rozesłało okólnik do położnych, aby podawały nazwisko i numer domu babki i rodzącej, u której była babka i zawiadomiły, czy były w tym czasie w domu. Jeżeli położna była w domu, wtenczas starostwo nakłada karę i na babkę i na tego, który ją wezwał.

By to mogli lekarze powiatowi przeprowadzić, potrzeba jednakże, aby urzędy parafialne dokładnie zapisywały, kto był czynny przy porodzie, dalej, aby od kar, wymierzanych przez Starostwo, nie przysługiwało babkom prawo odwołania się do Namiestnictwa.

Dla poprawy stosunków należy dalej wykształcić odpowiadającą zapotrzebowaniu liczbę akuszerek wiejskich, otworzyć przynajmniej dwie jeszcze nowe szkoły w Galicyi, zmienić ich ustrój, tworząc osobne kursa dla kobiet wiejskich, osobne dla położnych, praktykujących po miastach. Dla kobiet wiejskich wystarczyłaby nauka 6-miesięczna, jak to jest w innych szkołach Austryi.

Dla położnych miejskich potrzebna byłaby nauka dłuższa, trwająca rok, a nawet 2 lata. Przez to zyskałoby się to, że położne ze wsi nie mogłyby się przenosić do miast i powiększać szeregów położnych niezadowolonych i głodnych, które nieraz z nędzy podejmują się czynów karygodnych i zbrodniczych. — Dalej położne, osiadłe po miastach, byłyby lepiej do praktyki przygotowane i odpowiadałyby lepiej swemu zadaniu. Zapewnienie lepszych dochodów wpłynęłoby także na to, żeby osoby inteligentniejsze poświęcały się akuszeryi.

W czasie nauki, która powinna być bezpłatną, powinny wszystkie uczennice mieszkać w zakładzie (internacie) (jak tego domaga się np. ustawa z d. 10 czerwca 1897), gdyż tylko wtenczas skorzystać z nauki mogą należycie. Po kilku latach praktyki powinny wszystkie położne przebywać choćby kilkotygodniowy kurs powtarzania, na koszt kraju lub państwa. Rozporządzenie min. oświaty i spraw wewnętrz. z 27 stycznia 1898 (l. 35) powiada wyraźnie, że w każdej szkole położnych należy się postarać, aby corocznie odbywać się mogły kursa powtarzania. — Okólnik Namiestnictwa z 6 października 1897 postanawia, że koszta, wynikłe w powiatach politycznych z powodu pouczania położnych, mają być pokryte z rubryki »inne wydatki sanitarne«. Jak więc widzimy, ustawa poleca wprowadzenie kursów powtarzania i przewiduje nawet pokrycie wydatków.

Zbierając razem to, co powiedziałem, przedstawiam następujące wnioski:

1) Tworzyć jak największą liczbę małych okręgów akuszeryjnych po 2—3 wsi.
2) Obsadzać posady te położnemi, pochodzącemi z ludu z tych miejscowości; na wykształcenie takich położnych powinny być wyznaczane zapomogi z funduszów powiatowych.
3) Usunąć położne z pod władzy urzędów gminnych.
4) Polecić urzędom parafialnym, aby dokładnie wpisywały do ksiąg metrykalnych osoby, spełniające posługę przy porodzie.
5) Polecić lekarzom powiatowym, gminnym i okręgowym, by kontrolowali księgi metrykalne i donosili o babkach starostwom.
6) Przypomnieć starostwom o przysługującem im prawie karania babek drogą administracyjną.
7) Znieść prawo odwołania od tych kar do Namiestnictwa.
8) Otworzyć dwie nowe szkoły położnych w kraju.
9) Zaprowadzić przy wszystkich szkołach internaty.
10) Utworzyć osobne kursa dla położnych, mających praktykować po wsiach, a osobne dla praktykujących w miastach.
11) Wprowadzić przymusowe kursa powtarzania dla położnych, praktykujących lat dziesięć.
12) Zabronić aptekom sprzedaży leków i krążków babkom.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Lwów, 23. lipca 1907.

Kto z uczestników Zjazdu przypomina sobie Lwów z przed lat kilkunastu, z czasu, gdy się w nim przedostatni raz zbierali polscy lekarzy i przyrodnicy, tego zdumiewać musi ogromny rozwój miasta i zmiany, jakie w niem zaszły w krótkim tym stosunkowo okresie. Wychyliwszy się z kotliny, w której zacieśniony był dawniej, rozciąga Lwów dzisiejszy daleko swe ramiona na sąsiednie wzgórza, pokryte dziś szeregami uroczych will, tonących w zieloności i olbrzymiemi parkami miejskiemi. Gdy środek miasta coraz więcej przybiera cechy wielkiej stolicy, wyposażonej w nowoczesne urządzenia higieniczne i zdobnej wspaniałemi budowlami, to dzielnice zewnętrzne zdają się ucieleśniać ideał miasta ogrodów. Ale nietylko te zewnętrzne cechy dzisiejszego Lwowa radośnie wita oko przybysza lekarza; w znakomite urządzenia sanitarne, w wyborne i liczne zakłady, przeznaczone dla badań i nauczania przyrodniczo-lekarskiego, Lwów dzisiejszy bogato jest wyposażony. Toteż »Opis Lwowa, jego rozwoju i stanu kulturalnego«, wydany pod redakcyą prof. Wiczkowskiego i ofiarowany uczestnikom X. Zjazdu pomimo całej treściwości urósł do rozmiarów okazałego tomu; oprócz dziejów Lwowa, poglądu na geologię, klimat, florę, znajdzie w nim czytelnik obraz dzisiejszego stanu miasta i obfity materyał statystyczny, objaśniający poczynione postępy.

X. Zjazd, odbywający się na takiem tle, nabrał większego blasku, niż którykolwiek z jego poprzedników i przewyższył wszystkie dotychczasowe zarówno liczbą uczestników, jak i mnogością zgłoszonych wykładów i bogactwem dorobku naukowego. Przewyższył on co do liczebnego udziału najśmielsze oczekiwania, bo już w pierwszym dniu zjechało się 1200 uczestników ze wszystkich stron Polski i z odległej obczyzny. Należy rzeczywiście podziwiać sprężystość i sprawność organizacyi Zjazdu, że mimo ogromnych trudności, połączonych z tak licznym zjazdem, panuje we wszystkiem jaknajwiększy ład i porządek. Na każdym kroku znać troskliwą rękę i wielką, a skuteczną pracę Wydziału gospodarczego, a nazwiska niestrudzonych jego kierowników: prezesa prof. Bylickiego, wiceprezesa prof. Raciborskiego i sekretarza głównego doc. Szulisławskiego, jakoteż redaktora wzorowego »Dziennika Zjazdu«, prof. Sieradzkiego, zapiszą uczestnicy Zjazdu we wdzięcznej pamięci. Kto zaś z nich już miał sposobność obejrzeć świetną Wystawę Zjazdu, która nietylko nie ustępuje podobnym wystawom zagranicznym, ale nawet przewyższa je prawie zupełnem pozbyciem się zwykłego ich balastu i wysunięciem na plan pierwszy naukowego zadania, ten z głębokiem uznaniem dla energii i pomysłowości Dyrektora Wystawy, dra K. Krzyżanowskiego przyznać musi, że dopiero ta z naszych wystaw przyrodniczo-lekarskich wskazuje, jakiemi one być powinny.

Zjazd rozpoczął się 21. lipca tłumnem zebraniem koleżeńskiem w salach Hotelu Georgea, na którem odrazu zapanował nastrój serdeczny i ożywiony. Nazajutrz, w pierwszy dzień Zjazdu,

po nabożeństwie w katedrze, zebrali się wszyscy uczestnicy i zaproszeni goście na pierwsze uroczyste posiedzenie we wspaniałej sali teatru miejskiego. Posiedzenie, w którem uczestniczyli wszyscy naczelnicy władz z Namiestnikiem hr. Potockim i Marszałkiem kraju hr Badenim na czele, otworzył pełnem głębszych myśli przemówieniem prezes Komitetu gospodarczego prof. Bylicki, poczem witali Zjazd kolejno: imieniem miasta prezydent p. Ciuchciński, imieniem rządu radca dworu dr Merunowicz, kraju — członek Wydziału krajowego p. Onyszkiewicz, Akademii Umiejętności — prof. Kostanecki, Wszechnicy lwowskiej — rektor prof. Gryziecki, politechniki lwowskiej — rektor prof. Syroczyński, Akademii weterynaryjnej — rektor prof. Szpilman, Akademii rolniczej w Dublanach — prof. Mikułowski-Pomorski, ruskiego Towarzystwa im. Szewczenki — dr Ozarkiewicz, Towarzystwa im. Kopernika — prezes prof. Smoluchowski, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego — prezes prof. Bylicki, a sekretarz Zjazdu, doc. Szulisławski, odczytał mnogie telegramy i pisma powitalne od instytucyi krajowych i zagranicznych. Do zarządu Zjazdu wybrano: prezesem dra Augusta Kwaśnickiego z Krakowa, który też przewodniczył pierwszemu posiedzeniu ogólnemu, wiceprezesem dra Panieńskiego z Poznania, sekretarzami dra Kwiatkiewicza ze Lwowa i dra Tura z Warszawy. Prezesami honorowymi wybrani zostali: z Warszawy prof. Kosiński i dr Alfred Sokołowski, z Krakowa prof. Browicz, prof. Godlewski (senior) i prof. Wicherkiewicz; wiceprezesami honorowymi: z Warszawy dr Gosiewski, Kurz, Weryho, z Poznania dr Karwowski i Łazarewicz, z Krakowa prof. Rosner i Morozewicz, z Petersburga prof. Merczyng, z Zagrzebia prof. Janeczek. — Z wykonania uchwał poprzednich Zjazdów zdał sprawę imieniem Delegacyi Stałej Zjazdów jej sekretarz prof. Ciechanowski. Następnie uchwalił Zjazd wnioski Delegacyi, przedstawione przez prof. Ciechanowskiego; dotyczyły one ponowienia uchwał dawniejszych Zjazdów, wskazujących na konieczność szybszego rozwoju szpitalnictwa i organizacyi służby zdrowia w Galicyi, żądających troskliwej pieczy nad zdrojowiskami, krzewienia nauki higieny i szkolnych zabaw ruchowych, podjęcia starań o poprawę higieny mieszkań ludności kraju i sprawy zwalczania gruźlicy; dalszy wniosek dotyczył ustawy miejscowych komitetów przedzjazdowych w różnych dzielnicach naszych; a wreszcie uchwalił Zjazd wyrazić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu podziękowanie za wydanie »Słownika lekarskiego polskiego«, Wydziałowi gospodarczemu X. Zjazdu za uczczenie pamięci Marcelego Nenckiego trwałym pomnikiem, a Reprezentacyi m. Krakowa za inicyatywę do uczczenia takimże pomnikiem pamięci Henryka Jordana. W końcu odbyły się świetne wykłady: dra Biegańskiego z Częstochowy: »O współczesnej filozofii przyrody«, prof. Natansona z Krakowa: »Świat, widziany od strony elektryczności« i prof. Rydygiera ze Lwowa: »Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej«.

Popołudniu rozpoczęła się gorliwa praca w sekcyach, która w wielu z nich przeciągnęła się do późnych godzin wieczornych.

Wieczorem w pierwszym dniu Zjazdu podejmowała Reprezentacya m. Lwowa uczestników Zjazdu i zaproszonych gości wspaniałą ucztą w salach ratuszowych. W zebraniu uczestniczyły wszystkie władze z Namiestnikiem i Marszałkiem kraju na czele, Rada miejska, przedstawiciele wszystkich Instytucyi naukowych i najwyższej inteligencyi miasta.

Prace X. Zjazdu potrwają cztery dni. W historyi Zjazdów naszych będzie on miał świetną kartę. *Ciechanowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Resztki pokarmów z przypadków domniemanego zatrucia oddawane bywają do badania rządowym zakładom badania środków spożywczych często w sposób wadliwy i bez objaśnień. Dlatego rozporządziło austr. ministeestwo spraw wewn. (5. VI. 1907 L. 5478), aby 1) chorzy byli dokładnie badani przez lekarza, najlepiej urzędowego; 2) aby lekarz orzekał, czy jego zdaniem przyczyną zatrucia były spożyte pokarmy, czy też może i inna przypadkowa przyczyna, i by starał się zbadać, jakie pokarmy i napoje i w jakiej ilości spożył chory prócz rzekomo szkodliwych; 3) aby w razie prawdopodobieństwa zatrucia lekarz podał, jaki rodzaj trucizny przypuszczać można; 4) aby podawano, czy prócz rzekomo zatrutych osób spożywały te same pokarmy inne osoby i z jakiemi następstwami; 5) aby o szybko psujących się pokarmach podawano, czy nie leżały zbyt długo u kupca lub konsumenta; 6) aby próbki do badania przesyłano do zakładu niezwłocznie, nie czekając na wynik dochodzeń. (Ost. San. 28). *R.*

Lekarze okręgowi są obowiązani do zwalczania epidemii, a wysłanie osobnego lekarza w tym celu zależy wyłącznie od uznania władzy politycznej. Wynika to z orzeczenia najw. Trybunału administracyjnego z d. 15. II. 1907 L. 1527; Trybunał nie uwzględnił rekursu lekarza okręgowego, który zażądał był osobnego lekarza epidemicznego dla zwalczania epidemii w swoim okręgu, a gdy żądania tego władze polityczne nie uwzględniły, odwołał się do Trybunału, utrzymując, że lekarz okręgowy jest obowiązany tylko do interwencyi przy wybuchu choroby zakaźnej. Orzeczenie Trybunału wyjaśnia, że obowiązek interwencyi ciąży na lekarzach okręgowych także przy zwalczaniu epidemii. *R.*

Kasa chorych w Przemyślu z rocznych swych dochodów w kwocie 77,237 K wydaje na administracyę 12,806 K, na lekarzy 11,786 K (?). *R.*

Sprzedaż praktyki lekarskiej uchybia etyce i dlatego nie może mieć mocy prawnej. Tak orzekł niemiecki Trybunał państwowy z powodu sporu cywilnego, prowadzonego w tym zakresie przez wszystkie instancye przez dwóch lekarzy. *R.*

Walka między lekarzami a Towarzystwami ubezpieczeń wybuchła w Niemczech. Związek Towarzystw ubezpieczeń nie zgodził się na żądane przez Związek związków lekarskich najniższe wynagrodzenie za badanie ubezpieczających się (10—15 Mk.), na co Związek lekarski odpowiedział wypowiedzeniem dotychczasowej umowy. Następstwem tego powinnoby być solidarne wymaganie owego najniższego wynagrodzenia przez każdego lekarza. Gdyby się lekarze niemieccy na tę solidarność nie zgodzili, wówczas postąpienie Związku lekarskiego byłoby chybione i przyniosłoby lekarzom tylko szkodę. *R.*

Instrumentaryum lekarza urzędowego obmyślił i zestawił na zasadzie wieloletniego doświadczenia dr Jan Opieński, lekarz powiatowy w Żółkwi. Instrumentaryum to obejmuje przyrządy i środki, potrzebne 1) przy zwalczaniu chorób zakaźnych i ich rozpoznawaniu, 2) do badań policyjno-sanitarnych i sądowych, 3) do udzielenia pomocy w nagłych przypadkach, 4) do aseptycznego szczepienia ospy. (Instrumentaryum wraz z kufrem wyrabia i dostarcza firma krajowa: J. Trepczyński, Lwów, ulica Trybunalska, w cenie 150—200 K).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Rabce otwarto uroczyście 18. VII. dom imienia Maryi i Wilhelma Fraenklów, ufundowany dla Towarzystwa kolonii leczniczych dla izraelickiej dziatwy szkolnej.

— Wydział lekarski ogłasza konkurs na posadę demonstratora przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą 600 K rocznie. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lek. U. J. do d. 31. X. 1907.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Nüssenfeld, rodem z Krakowa.

Lwów. Na drugiem posiedzeniu ogólnem w d. 25. VII. uchwalił X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich powierzyć Delegacyi stałej starania, aby następny Zjazd odbył się w Warszawie. Do Delegacyi stałej wybrani zostali jako członkowie: z Warszawy prof. Kosiński, ze Lwowa prof. Bylicki i r. dw. dr Merunowicz, z Poznania dr H. Święcicki, z Krakowa prof. Ciechanowski, prof. Godlewski junior i dr Kwaśnicki, a jako zastępcy: z Warszawy dr Rychliński i Leski, ze Lwowa prof. Twardowski, z Poznania dr Łazarewicz, z Krakowa prof. Morozewicz. Delegacya natychmiast się ukonstytuowała, wybierając prezesem ponownie r. dw. dr Merunowicza, wiceprezesem prof. Bylickiego, I sekretarzem ponownie prof. Ciechanowskiego, II sekretarzem prof. Godlewskiego, skarbnikiem ponownie dr Kwaśnickiego.

— W przeddzień X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbył się uroczysty obchód ćwierćwiekowej rocznicy założenia Akademii weterynaryjnej lwowskiej.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska zwróciła się do Koła polskiego w Wiedniu z prośbą o poczynienie kroków, by na wakujące po ś. p. Jordanie miejsce w najwyższej Radzie zdrowia w Wiedniu zamianowany został Polak.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Michał Iwanow, rodem z Adryanopola w Turcyi.

Zdrojowiska polskie. W Truskawcu oddano 15. VII. do publicznego użytku państwową sieć telefoniczną włączoną w międzymiastową linię telefoniczną (obejmującą Lwów, Kraków, Wiedeń i szereg mniejszych miast galicyjskich).

Warszawa. Pracownia Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego nosić będzie na przyszłość imię ś. p. prof. Hoyera, wieloletniego zasłużonego swego kierownika. Lekarze warszawscy składają z tego względu ofiary na rozszerzenie tej pracowni.

Z różnych stron. XX. Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się 7. X. w Paryżu. Tematami obrad będą: 1) Wpływ promieni Röntgena na nowotwory złośliwe. 2) Przeszczepianie nerwów, mięśni i ścięgien w leczeniu porażeń. 3) Przewlekłe choroby chirurgiczne (gruźlica, rak) i ich stosunek do nieszczęśliwych wypadków. — Tamże odbędzie się (17–19. X.) IX Zjazd internistów francuskich, na którym tematami będą: 1) Leczenie wrzodu żołądka. 2) Patogeneza i leczenie choroby Basedowa. 3) Krwawiączka.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu laryngo-rynologicznego w Wiedniu (21—25. IV 1908) prosi nas o zaznaczenie, że protektorat zjazdu przyjął arcyksiążę Franciszek Ferdynand.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty nie zezwoliło przyjmować kobiet na słuchaczki zwyczajne wydziału lekarskiego w Moskwie, pozwoliło zaś na utworzenie oddziału lekarskiego na wyższych kursach dla kobiet w Kijowie, jednakże tylko jako szkoły prywatnej, której świadectwo nie daje prawa praktyki.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie śpiączki afrykańskiej, zwołana przez rząd angielski, odbyła się przy udziale przedstawicieli Niemiec, Francyi, Anglii, Portugalii, Włoch i Sudanu 17—24. VI. w Londynie. Konferencya, zagajona przez ministra spraw zewnętrznych, podzieliwszy swe prace na dwie grupy, lekarską i administracyjną, postanowiła dla zwalczania świdrowicy ludzkiej utworzyć biura w każdem z państw, posiadających kolonie, pod kierunkiem głównego biura w Londynie. Plan dalszych badań tej choroby, dotykającej dziś zarówno rasę czarną, jak i białą, oraz plan zapobiegania, polecono opracować Jacobsowi (Niemcy), Kermorgantowi i Laveranowi (Francya).
Stahr.

— Jakiś bogacz z pod Paryża, straciwszy kogoś z rodziny wskutek błędnego rozpoznania choroby przez lekarza, zapisał radzie miejskiej paryskiej milion franków na zaprowadzenie w szpitalach nadzoru nad operacyami chirurgicznemi, ale pod warunkiem, aby do komisyi nadzorujących nie należał.... żaden lekarz. Rada wprawdzie zapisu prawdopodobnie nie przyjmie, ale niektórzy członkowie jej usiłują sprawę doprowadzić do dyskusyi publicznej...

— Z okólnika namiestnictwa dolnoaustryackiego, zalecającego jaknajwiększą oszczędność w rządowych szpitalach wiedeńskich, wynika, że fundusz tych szpitali jest w »bardzo trudnem położeniu« i »nie może pokryć terminowych wydatków«. (Klin. ther. Wochs. 27).

— W jesieni r. b. urządza austryackie »Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych« ankietę w sprawie higieny płciowej. Kwestyonaryusze rozsyła klinika prof. Fingera (Wiedeń, IX, Allg. Krankenhaus).

— Wśród licznych projektów, przygotowywanych przez austryackie ministeryum sprawiedliwości w zakresie socyalnopolitycznym, znajduje się sprawa zakazu pracy nocnej robotnic, ochrony zarobkujących dzieci, zakazu używania białego fosforu w fabrykacyi zapałek, bieli ołowianej w przemyśle, zapobiegania wąglikowi w przemyśle i t. p.

— W mieście Buffalo (St. Zjedn.), liczącemu wśród 300,000 mieszkańców niemal trzecią część Polaków, ma powstać szpital polski. Na czele komitetu budowy stoją jako prezes ks. Pitass, a jako wiceprezes dr E. F. Fronczak, zajmujący wybitne stanowisko wicefizyka miasta.

— Wprost niebywałe stosunki zapanowały w najmłodszym wydziale lekarskim rosyjskim w Odessie. Walki polityczne między profesorami sprawiły, że naukowe i dydaktyczne zadania wydziału zupełnie są zaniedbane. Trzy katedry są pomimo czterokrotnego konkursu nieobsadzone, bo przy głosowaniach w gronie profesorskiem względy polityczne wywoływały zawsze rozbicie głosów. Niesłychane zaś jest poprostu, że minister oświaty oddał rektora i prorektora uniwersytetu odeskiego pod sąd karny.

Mianowani: Prof. Pfannenstiel z Giessen dyrektorem kliniki położniczej w Kiel; prof. P. Friedrich z Gryfii dyrektorem kliniki chir. w Marburgu; prof. Kijanicyn z Charkowa profesorem higieny w Odessie;

dr Maksymilian Bett naczelnym lekarzem, a dotychczasowy lekarz naczelny dr Stembarth lekarzem-rewidentem miejskiej Kasy chorych we Lwowie; dr Weigel, sekundaryusz szpitala lwowskiego, dyrektorem szpitala w Dolinie; dr St. Miszewski ordynatorem szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya w Warszawie; dr Aug. Czernicki, inspektor lekarski i szef sanitarny 18 korpusu we Francyi, komandorem legii honorowej.

Powołani: Prof. Menge z Erlangen na katedrę położnictwa w Tübingen.

Zmarli: Dr Franciszek Brenner, prezydent morawskiej Izby lek., wielce zasłużony w ruchu zawodowo-lekarskim w Austryi, w Bernie; b. prof. okulistyki dr Grut w Kopenhadze w 76 r. ż.

Redakcya otrzymała: Filipkiewicz: Tabes und Syphilis. »Pester med.-chir. Presse. — Fr. Neugebauer: XXV lat pracy naukowej 1882—1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovina znalazła w leczeniu wiewióra zupełne uznanie w szeregu prac wybitnych urologów. Do nich dołącza się dr Arthur Weiss (b. asyst. ogólnej polikliniki wiedeńskiej w oddz. urolog.), który w »Deutsche Medizinalzeitung« 1906, Nr 34 przytacza szereg obszernych historyi choroby, dając w nich wyraz błogim leczniczym własnościom arhoviny. Zachętą do stosowania arhoviny był dla autora zupełny brak działania drażniącego na przewód pokarmowy i nerki, pomimo podawania go przez szereg tygodni, — co zresztą zgadza się zupełnie ze spostrzeżeniami innych autorów. W. tem chętniej zwrócił się do arhoviny, ile że po podawaniu środków balsamicznych spostrzegał poprzednio u swych chorych przykre działania uboczne w postaci ciężkiej osutki i zaburzeń żołądkowych w wysokim stopniu. Poza tem uwidocznia się działanie arhoviny w ten sposób, iż przy wiewiórze przedniej jakoteż tylnej cewki działa kojąco na ból, że zmniejsza się szybko wydzielina przy ostrych i przewlekłych sprawach trypowych, że wkrótce znikają dwoinki. Wpływ znieczulający ujawnił się również w przypadku zapalenia przyjądrza, a w przeroście gruczołu krokowego udało się obok działania uspokajającego uzyskać zmianę odczynu moczu z amoniakalnego na kwaśny. W. poleca arhovinę usilnie i podnosi, iż »jako środek przeciwwiewiórowy zasługuje na stanowcze pierwszeństwo przed środkami balsamicznymi«. *Hr.*